

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Обстежено 15 пацієнтів з вперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ) та 15 з МРТБ віком від 20 до 45 років, переважала чоловіча стать. У всіх пацієнтів діагностовано деструктивні форми туберкульозу (ТБ): дисемінований – у 66,4 % хворих та інфільтративний – у 33,6 % випадків. Для прижиттєвого електронно-мікроскопічного морфологічного дослідження епітеліоцитів бронхів проводили браш-біопсію (за стандартною методикою). Провели імуноцитохімічне визначення антигенів Вах, Bcl-2, PCNA- та TUNEL-позитивних ядер.

У хворих із мультирезистентністю інтенсивність апоптичних реакцій є вищою за таку при чутливому ТБ, супроводжується нижчою проліферативною активністю епітеліоцитів бронхоальвеолярної вистілки. Інтенсивність апоптозу клітин браш-біоптату хворих на МРТБ відбувається за рахунок зниженого відсотку PCNA-позитивних ядер та підвищення TUNEL-позитивних ядер на фоні підвищеної концентрації в них проапоптотичного протеїну Вах. Активований процес апоптозу з переходом у неконтрольовану природню клітинну загибель характеризує поширеність та прогресування специфічного туберкульозного процесу, клінічну маніфестацію і прогноз щодо формування залишкових змін.

Таким чином доведено, що у хворих із мультирезистентним туберкульозом легень має місце істотне порушення між процесами апоптозу та проліферації. Методика підрахунку кількості структур (індекси апоптозу та проліферації) може застосовуватися для визначення ранніх проявів апоптотичної активності, прогнозу щодо клінічної маніфестації та формування залишкових змін.

Захарчук О.І.

УРАЖЕННЯ ДІТЕЙ *TOXOCARA CANIS*: КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ

*Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Токсокароз – зооантропоозне паразитарне захворювання, що спричиняється міграцією личинок аскаридат собак (*Toxocara canis*) в органах і тканинах людини, характеризується тривалим рецидивуючим перебігом і поліорганными ураженнями алергічної природи [Соф'яна А.В., 2013]. За даними зарубіжної літератури захворюваність на токсокароз зросла за останні 50 років на 300% [Shakir Al-Hassnawi Alaa Tareq, 2013]. Останніми роками в Україні спостерігається чітка тенденція до збільшення числа виявлених хворих на токсокароз [Захарчук О.І., 2012; Юхименко Г.Г. та ін., 2012].

При проведенні дослідження використані клініко-лабораторні, біохімічні, інструментальні, епідеміологічні, епізоотологічні, санітарно-гельмінтологічні, імунологічні, серологічні методи з відповідною статистичною обробкою отриманих результатів.

Найчастіше хворі скаржилися на підвищену втомлюваність (59,90%), головний біль (30,08%), запаморочення (45,25%), відчуття тяжкості і/або біль в епігастральній області (40,92%) і правому підребер'ї (67,48%), диспепсичні прояви у вигляді нудоти (30,62%), зниження апетиту (44,72%), закрепи (24,66%), проноси (21,14%), метеоризм (41,19%). Прояви диспепсичного синдрому різного ступеня вираженості відзначалися у половини обстежених. У 46,61% хворих на токсокароз були скарги на кашель, частіше сухий. При об'єктивному обстеженні у 84,25% хворих відзначалася блідість шкірних покривів, у 14,36% – субіктеричність склер, у 44,72% хворих захворювання супроводжувалося різноманітного типу рецидивуючими висипами на шкірі. Елементи висипів мали макуло-папульозний характер і локалізувалися на тулубі або на тулубі та верхніх кінцівках одночасно. Підвищення температури тіла частіше спостерігалось у 55,28% хворих. При огляді у 196 (53,12%) дітей відзначався локальний біль у правому підребер'ї та/або в ділянці проекції жовчного міхура з іррадіацією в праве плече, шию, під лопатку і в поперекову ділянку. У 45,53% хворих обмежений біль при перкусії і пальпації визначався переважно в епігастральній ділянці, рідше (22,49%) – навколо пупка. Наліт на слизовій язика зустрічався у 33,88% хворих. При пальпації в правому підребер'ї печінка визначалася біля краю реберної дуги у 29,27% хворих, а у 70,73% нижній край печінки виступав з-під краю реберної дуги на 2-3 см. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини у 61,3% хворих зі скаргами на біль у правому підребер'ї виявлені ознаки хронічного холециститу, у 42,9% хворих – гепатохолециститу, холецистопанкреатиту, гепатиту. У 20 (5,42%) хворих виявлена спленомегалія і в одного – ознаки гастроудоденіту. Легеневий синдром відмічався у 48,27% хворих. На фоні субфебрильної температури, рідше фебрильної, у хворих відмічалися кашель, ядуха, біль у грудній клітці. Рентгенологічно у 50,94% хворих визначалося посилення легеневого рисунка за рахунок периваскулярних і перибронхіальних ущільнень, інфільтративні зміни. Гепатобіліарний синдром виявлений у 69,34% хворих на токсокароз. У 72,37% хворих спостерігалися неврологічні порушення різного ступеня вираженості, які клінічно проявлялися у вигляді головного болю, що виникав частіше до кінця дня і/або після перенапруження, підвищеної втомлюваності й дратівливості. У 41,7% хворих виявлено синдром вегетосудинної дистонії. Зміни в емоційній сфері виявлялися в різній формі неврастенічного синдрому (астено-депресивного, астено-фобічного, астено-іпохондричного), а також істеричним синдромом і невротичними реакціями.

Серед клініко-лабораторних показників у хворих на токсокароз найчастіше відзначалися еозинофілія (100%), лейкоцитоз (80,30-93,33%), прискорена ШОЕ (90,37-96,70%), анемія (80,51-87,88%), гіпергаммаглобулінемія (93,50-100,00%), гіпоальбумінемія (76,62-97,04%).

Порівняльний аналіз частоти основних клінічних проявів та результатів обстеження дітей з токсокарозом і без токсокарозу показав, що зміни клініко-лабораторних показників у хворих на токсокароз



різноманітні і неспецифічні, що узгоджується з літературними даними. Еозинофілія, лейкоцитоз, гіпергаммаглобулінемія, гіпоальбумінемія, поєднані з легеневим синдромом, вираженою лімфаденопатією на тлі рецидивуючої гарячки значно частіше ($P<0,01$) спостерігаються у дітей з токсокарозом, ніж без нього. Щодо частоти абдомінального та гепатобіліарного синдромів, шкірних проявів і неврологічних порушень, а також анемії і прискореної ШОЕ, то у дітей з токсокарозом ці показники зустрічаються в 1,2-1,3 рази частіше, але достовірної різниці не спостерігається ($P>0,5$). У подальших дослідженнях варто враховувати величину цих показників при проведенні диференціальної діагностики з іншими паразитарними інвазіями.

Карвацька Ю.П.

СТАН ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ТА КИШКОВОГО БІОЦЕНОЗУ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ – МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Кафедра дерматовенерології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Вивчення патогенетичних чинників вульгарних вугрів (*Acne vulgaris*) з метою удосконалення методів їх лікування та профілактики є однією з актуальних проблем сучасної дерматології. Актуальність вульгарних вугрів визначає значна поширеність даного дерматозу, локалізація вугрової висипки на відкритих ділянках шкіри та хронічний перебіг дерматозу з частими рецидивами, нерідко з формуванням глибоких елементів висипки та пост-акне, що значно знижує їх працездатність, соціальну активність та якість життя пацієнтів. Все це обґрунтовує актуальність наукових досліджень з уточнення механізмів розвитку й перебігу вульгарних вугрів з метою оптимізації лікування та профілактики даного дерматозу.

Як засвідчують сучасні наукові дослідження, патогенез вульгарних вугрів є складним, багаточинним, в основі якого є гіперпродукція шкірного сала, а також розвиток запалення сально-волосяного апарату внаслідок активації мікрофлори шкіри (*Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis* та ін.) на тлі вторинного імунодефіцитного стану, чому можуть сприяти хронічні вогнища інфекції в організмі пацієнтів, зокрема зміни біоценозу кишківника. Все це визначає актуальність встановлення можливої взаємозалежності між ступенем порушень кишкового біоценозу та характером змін показників системного імунітету у хворих на вульгарні вугри з метою уточнення патогенетичних ланок та удосконалення лікування даного дерматозу.

Метою роботи було визначити показники системного імунітету у хворих на вульгарні вугри із супутніми змінами біоценозу порожнини товстої кишки мешканців Чернівецької області.

Під спостереженням перебували 65 хворих на вульгарні вугри (37 осіб чоловічої та 28 – жіночої статі) віком від 18 до 25 років, які проживають на території Чернівецької області. У всіх обстежених осіб дерматоз мав хронічний перебіг з тривалістю від 6 місяців до 11 років. Згідно критеріїв тяжкості вульгарних вугрів, у 20 (30,8%) пацієнтів діагностовано легку, у 24 (36,9%) – середньотяжку та у 21 (32,3%) – тяжку ступінь клінічних проявів дерматозу. Групу контролю склали 35 практично здорових осіб (донорів) подібного віку.

Для оцінки стану показників клітинної ланки системного імунітету у хворих на вульгарні вугри визначали: кількість загальних і активних Т-лімфоцитів, їх субпопуляції, імунорегуляторний індекс. Якісний та кількісний склад мікробіоти порожнини товстої кишки досліджували бактеріологічним методом, ступінь порушення мікробіоценозу оцінювали за відомими критеріями. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами статистичного аналізу з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0, за вірогідну брали різницю середніх при $p<0,05$.

Встановлено, що у хворих на вульгарні вугри з наявністю I-го ступеня змін кишкового біоценозу є лише помірне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-лімфоцитів активних (на 9,7%, $p<0,05$). В обстежених пацієнтів з проявами II-го ступеня дисбіозу товстої кишки виявлено вірогідне зменшення кількості загальних Т-лімфоцитів та Т-хелперної субпопуляції лімфоцитів як порівняно з показниками осіб контрольної групи (відповідно: на 18,4% та 23,3%, $p<0,001$), так і хворими на вульгарні вугри з I-им ступенем дисбіозу товстої кишки (відповідно: на 13,7% та 16,4%, $p<0,05$). Також у пацієнтів із дисбіозом II-го ступеня встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-лімфоцитів активних (на 16,7%, $p<0,05$).

У хворих на вульгарні вугри з наявністю III-го ступеня дисбіозу товстої кишки встановлено вірогідне зменшення відносної кількості загальних та Т-лімфоцитів та Т-лімфоцитів активних як порівняно з показниками осіб контрольної групи (відповідно: на 19,3% та 26,4%, $p<0,001$), так і хворими на вульгарні вугри з I-им ступенем дисбіозу товстої кишки (відповідно: на 14,6%, $p<0,05$ та 26,4%, $p<0,01$). Також у пацієнтів із дисбіозом III-го ступеня встановлено вірогідне порівняно з показниками осіб контрольної групи зменшення відносної кількості Т-хелперної та Т-супресорної субпопуляції лімфоцитів (на 22,6%, $p<0,01$ та 16,6%, $p<0,05$).

Найбільш істотні зміни досліджуваних показників системного імунітету встановлено у хворих на вульгарні вугри з наявністю дисбіозу товстої кишки IV ступеня: вірогідне зменшення кількості загальних Т-лімфоцитів та Т-лімфоцитів активних як відносно показників осіб контрольної групи (відповідно на: 27,0% та 34,7%, $p<0,001$), так і відносно цих показників у хворих на вульгарні вугри з дисбактеріозом I-го ступеня (відповідно на: 22,8% і 27,7%, $p<0,001$). У таких пацієнтів також визначено зміни імунорегуляторного індексу – зменшення порівняно з його значенням в осіб контрольної групи та у хворих на вульгарні вугри з дисбактеріозом I-го ступеня (відповідно на: 29,8%, $p<0,01$ та 28,1%, $p<0,05$). Слід зазначити, що у хворих на